

Asociación entre abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo en una muestra de adolescentes mexicanas

Claudia Unikel-Santoncini,* Luciana Ramos-Lira,* Francisco Juárez-García*

* Dirección de Investigaciones Epidemiológicas y Psicosociales, Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz.

Association of childhood sexual abuse and disordered eating in a sample of Mexican adolescents

ABSTRACT

Objective. To analyze the association between childhood sexual abuse (CSA) and disordered eating (DE). **Material and methods.** A probabilistic sample of 2,358 female high school students of public schools in the Estado de Mexico was used. **Results.** DE was more prevalent among CSA sufferers ($p \leq 0.05$). Preoccupation with gaining weight, bingeing and restrictive behaviors were associated to CSA ($p \leq 0.05$). The probability of DE was 7 times higher when the CSA experience had not been revealed and 36 times when CSA happened before 14 years of age. **Conclusions.** The association between CSA and DE is clear in the sample studied, as well as with some of its specific characteristics, which highlights the need to deepen in this research field and to incorporate the evaluation of CSA and its consequences in adolescents' mental health.

Key words. Childhood sexual abuse. Disordered eating. Adolescents. Mexico.

RESUMEN

Objetivo. Analizar la asociación entre abuso sexual infantil (ASI) y conducta alimentaria de riesgo (CAR). **Material y métodos.** Se utilizó una muestra probabilística de 2,358 mujeres estudiantes de nivel medio superior en escuelas públicas del Estado de México. **Resultados.** Las CAR fueron más prevalentes en las estudiantes con la experiencia de ASI ($p \leq 0.05$). La preocupación por engordar, los atracones y las conductas restrictivas se asociaron con la experiencia de ASI ($p \leq 0.05$). La probabilidad de CAR fue siete veces mayor cuando no se ha revelado la experiencia y 36 veces mayor cuando el ASI ocurrió antes de los 14 años. **Conclusiones.** Resulta clara la asociación entre ASI y CAR en la muestra analizada y con algunas de sus características específicas. Se resalta la necesidad de profundizar en este campo de estudio y de incorporar la evaluación del ASI y sus consecuencias en la salud mental de las adolescentes.

Palabras clave. Abuso sexual infantil. Conducta alimentaria de riesgo. Adolescentes. México.

INTRODUCCIÓN

“La verdad acerca de nuestra infancia está guardada en nuestro cuerpo y, aunque podemos reprimirla, nunca podremos alterarla. Pero algún día el cuerpo pasará la cuenta.”

Alice Miller. Thou shall not be aware: Society's betrayal of the child. New York: Farrar, Straus, Giroux; 1984, p. 316.

Los niños, niñas y jóvenes víctimas de abuso sexual infantil (ASI) se encuentran en riesgo de desarrollar diversas problemáticas físicas y mentales. Entre éstas destacan las alteraciones en la imagen corporal, identidad, autorregulación y funcionamiento interpersonal,¹ así como consecuencias emocionales,² médicas y psiquiátricas a largo plazo.³⁻⁵

El ASI es un factor de riesgo en diversos trastornos comórbidos, entre los cuales destacan el estrés

postraumático, episodios de depresión mayor, abuso de sustancias, trastornos de la conducta alimentaria (TCA), conducta antisocial y revictimizaciones sexuales.⁶⁻⁹ Asimismo, los estudios han encontrado relación entre la experiencia de ASI con el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo (CAR)¹⁰⁻¹³ (como son el seguimiento de dietas restrictivas, ayunos prolongados, uso de laxantes, diuréticos, vómito autoprovocado o medicamentos para adelgazar), las cuales son la manifestación premórbida de los TCA.¹⁴

La teoría del continuo, que explica el desarrollo de TCA,¹⁵⁻¹⁸ plantea que existe una transición de las formas indiferenciadas de estos trastornos a las entidades clínicamente descritas; las conductas alimentarias patológicas son las entidades centrales de todos los síndromes clínicos. Esta teoría es importante porque a lo que da relevancia, no es a que un individuo presente la enfermedad, sino cuánto de ésta presenta.¹⁹

Los porcentajes de TCA en personas que han sufrido ASI fluctúan de 10 hasta 30% en los diferentes estudios.²⁰ De hecho, se ha encontrado que el riesgo de desarrollar un TCA se incrementa tres veces cuando ha habido experiencia de ASI. En muestras comunitarias se han encontrado asociaciones significativas ($p \leq 0.01$) entre ASI y las puntuaciones obtenidas en el Bulimia Test,²¹ así como un incremento de 50% de probabilidad de reportar una historia de ASI en aquellas personas que refieren síntomas purgativos.¹⁰

La relación entre el abuso sexual y los TCA fue planteada desde hace algunas décadas al observarse que las víctimas/pacientes presentaban síntomas similares, como sentimientos de vergüenza, sensación de minusvalía respecto a la apariencia corporal y baja autoestima.²² Se ha encontrado que la vivencia del cuerpo en pacientes con TCA²¹ es similar a las de mujeres sobrevivientes de ASI.²³⁻²⁶

Es importante tomar en cuenta que mucha de la investigación realizada en torno a uno y otro fenómeno se ha desarrollado en poblaciones de mujeres, debido a que la prevalencia –tanto del ASI como de los TCA/CAR– es mayor que en los hombres, como muestra la literatura internacional³ y nacional.^{7-9,14} Sin embargo, esta afirmación tendría que considerarse con cuidado, ya que los hombres parecen guardar más silencio sobre sus experiencias de ASI, debido a las nociones patriarcales sobre la masculinidad.²⁷

En la actualidad existe una vasta producción de estudios en torno a la asociación entre ASI y TCA/CAR, aunque los resultados son contradictorios y controversiales (consultar revisiones).^{20,28-32} En

gran medida parecen responder a la diversidad de definiciones conceptuales de ASI y de los problemas alimentarios (TCA y CAR), así como a la variedad de abordajes metodológicos utilizados, incluyendo –por supuesto– el tipo de población estudiada. Es importante destacar que, conforme a los criterios para definir las problemáticas alimentarias, se debilita la asociación con el ASI.³²

En términos generales, los estudios refieren que no existe evidencia suficiente para sostener que el ASI es una variable necesaria o causal para desarrollar TCA, sino que se trata de un factor de riesgo para la psicopatología mental en general³³⁻³⁵ e, inclusive, para trastornos físicos como problemas neurológicos y musculoesqueléticos,³⁶ sin ser un factor específico para los padecimientos alimentarios.³² “Debido al hecho de que los límites entre los efectos psicológicos, físicos, somáticos o sociales con frecuencia se traslapan, es imposible identificar un síndrome de efectos de abuso sexual; más bien, lo que se hace aparente es un modelo multifacético de traumatización.”³⁷ En consecuencia, el ASI puede tener relevancia causal en modelos multifactoriales, particularmente en aquéllos en los que se involucra una comorbilidad psiquiátrica elevada.³⁸

Dado lo anterior, algunos estudios se han enfocado a investigar si ciertas características del ASI se asocian con la presencia y gravedad de conductas alimentarias específicas como las CAR, destacándose entre los elementos explorados la edad de la primera victimización, la relación con el victimario, duración y frecuencia del abuso, uso de fuerza física, forma en que ocurrió el ASI y la revelación o no de la experiencia.

En cuanto a la edad del abuso los resultados son contradictorios. Si bien en algunos estudios se ha encontrado que la frecuencia de síntomas purgativos es mayor cuando el abuso ha ocurrido en edades tempranas (< 14 años),¹¹ otros autores reportaron que el abuso reciente tuvo más influencia en dichos síntomas.¹² Sanci, *et al.*,¹³ encontraron que los jóvenes encuestados que reportaron dos o más episodios de abuso sexual antes de los 16 años, presentaron cinco veces más riesgo de presentar síntomas de tipo purgativo durante la adolescencia en comparación con el doble de riesgo hallado en los que lo reportaron en una sola ocasión.

El abuso sexual perpetrado por un familiar también se ha encontrado relacionado con actitudes y conductas de tipo purgativo.¹¹ Murray y Waller²¹ encontraron que únicamente las experiencias ocurridas en el ámbito familiar están relacionadas con las

conductas purgativas, al estar mediadas por sentimientos de vergüenza producto de la exposición crónica a estos sucesos. De hecho, es por esto que conocer la prevalencia real de ASI es muy difícil, ya que ocurre mayoritariamente en el ámbito privado, principalmente en la familia, donde las niñas y niños víctimas suelen sentirse impotentes para revelarlo. Entre los factores que dificultan dicha revelación se han documentado, por parte de las víctimas, el temor a no ser creídas, el miedo a destruir a la familia o a las represalias del agresor.^{10,39}

Aunque existe una gran cantidad de estudios en países desarrollados, en Latinoamérica son muy pocos los que abordan la asociación de ASI y TCA,⁴⁰⁻⁴³ únicamente el desarrollado por Unikel, *et al.*,⁴³ en México, compara porcentajes de ASI en mujeres con un diagnóstico de TCA vs. mujeres con CAR y mujeres sin dichas conductas ($p \leq 0.05$). En este estudio, se refiere que en la mayor parte de los casos el agresor fue hombre, casi siempre algún familiar; no se encontraron diferencias en la edad del primero o del último abuso entre los grupos estudiados.

El presente estudio pretende abordar la relación entre ASI y CAR como una contribución al estudio del fenómeno en mujeres mexicanas en la población general, tomando en consideración, por un lado, algunas características del ASI (edad de la primera experiencia, tiempo transcurrido desde la última vez, número de victimizaciones, relación con el perpetrador y revelación de la experiencia) y, por otro, las CAR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Muestra

Los datos utilizados en el presente trabajo fueron los obtenidos para el estudio “Prevalencia y factores asociados a conductas alimentarias de riesgo en mujeres adolescentes en localidades con diferente nivel de urbanización e intensidad de migración” (CONA-CyT SEP 2004 CO-I-46560-H).

La muestra se obtuvo mediante un muestreo probabilístico con una selección de escuelas proporcional al número de estudiantes inscritas en los planteles públicos registrados en la Secretaría de Educación Pública en el ciclo escolar 2005-2006. Asimismo, se siguió un proceso de selección por estratos, con base en dos clasificaciones:

- Niveles de marginación, propuesta por el Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal (INAFED) (Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal).⁴⁴

- Intensidad de migración, del Consejo Nacional de Población (CONAPO).⁴⁵

El cruce de la información de ambos estratos mostró que se carecía de poblaciones en algunos de ellos, por lo que se eliminaron algunas de las categorías, quedando al final dos niveles de marginación:

- Bajo (localidades con marginación muy baja, baja y media).
- Alto (localidades con alta y muy alta marginación).

Y tres niveles de intensidad de migración:

- Intensidad migratoria baja (localidades con muy baja y baja migración).
- Media (localidades con migración media).
- Alta (localidades con alta y muy alta migración).

Todos los planteles escolares seleccionados aceptaron su participación en el estudio, los cuales fueron censados el día de la recopilación de los datos previa autorización escrita de las autoridades escolares y del asentimiento verbal de las alumnas para participar de manera voluntaria, anónima y confidencial en el estudio (el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética del Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz).

La muestra final quedó constituida por 2,358 mujeres con una edad promedio de 16.3 años. Para describir las características del abuso sexual, se seleccionó una submuestra con los casos de las adolescentes que afirmaron haber sido víctimas de abuso sexual ($n = 165$).

Instrumentos

La información sobre ASI fue evaluada con una pregunta: “¿Alguna vez alguien –sea o no de tu familia– te tocó o acarició alguna parte de tu cuerpo que no querías que te tocara o acariciara? ¿O te forzó o presionó a tener contacto sexual?, es decir, ¿Te obligó a que tú lo/la tocaras sexualmente, o tuviste relaciones sexuales con esta persona en contra de tu voluntad, cuando tú no querías hacerlo?”

Dicho reactivo ha sido utilizado en encuestas previas mostrando su utilidad en la evaluación del ASI que incluye contacto corporal exclusivamente;⁴⁶ aunque ha tenido leves transformaciones en la redacción fue prácticamente la primera medición de este tipo utilizada en México para conocer la prevalencia de este problema en población estudiantil.⁹

La respuesta a esta pregunta cuenta con tres opciones: sí, no, no recuerdo. En caso de contestarla positivamente, se indaga sobre el número de veces que ha sucedido el hecho, edad en la que ocurrió la primera y la última vez, sexo, relación y edad del perpetrador, y si se ha revelado su experiencia.

El abuso sexual se define como presente cuando la persona responde sí a la pregunta, excluyéndose los “no recuerdo” para disminuir la probabilidad de contar con falsos positivos (aun cuando la amnesia o los recuerdos fragmentados pueden ser indicativos de ASI– dado que esta medición es un autorreporte general y no una evaluación clínica– se decidió tomar esta decisión). La diferencia de edad entre el perpetrador y la víctima (al menos cinco años) ha sido un criterio utilizado en múltiples estudios para evidenciar una diferencia de poder en términos físicos y emocionales;⁹ por este motivo se decidió utilizarlo.

Sin embargo, en la actualidad también se considera que pueden existir comportamientos sexualmente abusivos entre niños, niñas o adolescentes de la misma edad.³ De hecho, la definición de abuso sexual infantil suele variar según el estudio (ver revisiones),^{3,47} por lo que es muy difícil hablar de un estándar de oro; por ejemplo, Ellsberg y Heise³ reportaron definiciones operacionales de ASI tan variadas como:

- Contacto sexual antes de los 12 años con un perpetrador cinco o más años mayor.
- Actividad sexual indeseada entre los 12 y 16 años.
- Actividad sexual indeseada, de contacto o sin contacto antes de los 15 años.
- Contacto sexual indeseado o con un pariente biológico; o antes de los 16 años con un perpetrador cinco años o más mayor.
- Actividad sexual indeseada, con o sin contacto, sin especificar edades.

La ventaja de usar el reactivo en este estudio es que permite realizar comparaciones con investigaciones previas en las que se ha incluido dicha medición en poblaciones similares.

Las CAR se evaluaron con el cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo (CB-CAR), el cual ha sido utilizado en estudios epidemiológicos en México para conocer la prevalencia de CAR en adolescentes. El CBCAR es una escala de 10 preguntas con cuatro opciones de respuesta tipo Likert (0 = nunca o casi nunca, 1 = a veces, 2 =

frecuentemente, 3 = siempre) que evalúan las CAR en los tres meses previos.

Incluye una pregunta sobre la preocupación por engordar, dos preguntas sobre los atracones de comida, tres preguntas sobre el uso de conductas de tipo purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos) y cuatro preguntas sobre el uso de conductas de tipo restrictivo (uso de dietas, ejercicio, ayunos, pastillas).

La escala ha sido validada con mujeres adolescentes, adultos jóvenes y pacientes con un TCA en la ciudad de México⁴⁸ y en mujeres adolescentes en el Estado de México.* Una puntuación ≥ 10 se utiliza para definir un caso con riesgo alto; una puntuación entre 7 y 10, para definir un caso con riesgo moderado y una puntuación < 7 , para las personas sin riesgo.

El punto de corte para riesgo alto se obtuvo mediante valores de sensibilidad y especificidad, mientras que el punto de corte moderado se obtuvo considerando la media y la desviación estándar; posteriormente, un análisis de regresión multimodal para observar las asociaciones entre variables predictoras de CAR en los diferentes puntos de corte.⁴⁹

Análisis de datos

El análisis se hizo con la versión 18 del programa SPSS para Windows.⁵⁰ Los datos fueron ponderados para mantener la probabilidad de selección de acuerdo con el diseño de muestra del estudio. Se utilizó una regresión logística para evaluar la relación de las características del ASI con las CAR, el punto de corte utilizado de esta variable fue establecido en ≥ 7 , el cual incluye casos de riesgo moderado y alto.

Adicionalmente, se describen los síntomas relacionados con CAR como preocupación por engordar, práctica de atracones con sensación de falta de control al comer; conductas de tipo restrictivo (dietas, ayunos, ejercicio excesivo y uso de pastillas) y conductas de tipo purgativo (vómito autoinducido, uso de laxantes y diuréticos). Asimismo, se describe cuántos síntomas (agrupados como 0, 1, 2 y 3, o más) de los referidos presentan las adolescentes.

Las características de ASI se codificaron como sigue:

* Unikel-Santoncini C, Gómez-Peresmitré G, Bojorquez-Chapela I. Manual de aplicación de cuestionarios de factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. CONACyT, SEP. Proyecto 2004-01-46560. México, D.F. 2008.

- Edad del primer abuso en dos categorías: de 0 a 13 años y de 14 en adelante.
- Número de veces que fue victimizada: una vez, y dos o más veces.
- Relación con el perpetrador: un familiar u otra persona.
- Revelación de la experiencia: haber hablado con alguien y nunca haberlo mencionado.

Las distribuciones de características de estas descripciones se evaluaron mediante χ^2 y mediante la prueba exacta de Fisher; esta última en el caso de que 20% de las celdas tuvieran frecuencias observadas < 5 casos.

Para el análisis de regresión logística se controló el efecto que, de acuerdo con la literatura, tiene el IMC sobre las CAR al relacionarse con el abuso sexual.

RESULTADOS

Del total de las adolescentes de la muestra, 15.4% reportó CAR y 7% reportó haber sido víctima de ASI. El 64.2% de ellas refirió haber sido victimizada una vez en la vida; 23.8%, dos veces y 12%, más de dos veces. En 95.8% de los casos el victimario fue de sexo masculino; siendo un familiar en 63.1% de los reportes, un desconocido (20.5%) o un amigo (9.6%) y en el resto su novio, compañero o autoridad. La mitad de las adolescentes no lo habían platicado con nadie (50.6%). El promedio de edad de la primera victimización fue de 8.9 años (DE = 3.9) con un rango de uno a 18 años y el promedio de edad de la última vez de 11.2 años (DE = 3.7) con un rango de uno a 17 años. El tiempo transcurrido desde el pri-

mer abuso hasta la fecha de la evaluación fue de 7.5 años (DE = 4.1) y de 5.1 años (DE = 3.8) desde el último abuso.

Abuso sexual infantil y conducta alimentaria de riesgo

Las adolescentes que reportaron ASI presentaron CAR en mayor proporción (28%) al compararlas con las adolescentes que no tuvieron la experiencia de ASI (14.4%) ($p \leq 0.05$) (Cuadro 1).

En cuanto a cada una de las CAR, se observó que al comparar a las adolescentes con y sin ASI, los porcentajes son mayores en las primeras en:

- Preocupación por engordar ($p \leq 0.05$).
- Atracciones con sensación de falta de control ($p \leq 0.05$).
- Conductas restrictivas ($p \leq 0.05$).

Mientras que las conductas purgativas fueron mayores en las adolescentes sin ASI ($p > 0.05$). Asimismo, se encontró una mayor proporción de adolescentes con dos o más síntomas de CAR ($p \leq 0.05$) en el grupo que tuvo experiencias de ASI (Cuadro 1).

Al revisar las diferentes características de ASI, quienes no habían comunicado el abuso presentaron CAR en mayor proporción que las que sí lo habían hecho (CAR, $p \leq 0.05$); aquellas que sufrieron el abuso por primera vez antes de los 14 años también presentaron CAR en mayor proporción que las que sufrieron la experiencia a mayor edad ($p \leq 0.05$), no se observaron diferencias por el número de veces que les sucedió o la relación con el perpetrador (Cuadro 2).

Cuadro 1. Conductas alimentarias de riesgo entre adolescentes que reportaron y no reportaron abuso sexual ($n = 2,358$).

	Sin reporte de abuso sexual n (%)	Con reporte de abuso sexual n (%)	Total n (%)
CAR*	306 (14.4)	44 (28.0)	349 (15.4)
Preocupación por engordar*	464 (21.1)	60 (36.4)	524 (22.2)
Atracciones con sensación de falta de control*	366 (16.7)	52 (31.6)	419 (17.8)
Conductas restrictivas*	429 (19.6)	46 (27.7)	475 (20.1)
Conductas purgativas**	176 (8.0)	19 (11.5)	195 (8.3)
Número de síntomas*			
Ninguno	1,311 (59.8)	66 (39.8)	1,377 (58.4)
1	502 (22.9)	40 (24.4)	542 (23.0)
2	239 (10.9)	42 (25.5)	281 (11.9)
3 o más	141 (6.4)	17 (10.3)	158 (6.7)

Prueba de χ^2 * $p \leq 0.05$, ** $p > 0.05$.

Asociación entre CAR y las características del abuso sexual

Al analizar las características de ASI como predictoras de CAR mediante la regresión logística, se encontró una mayor probabilidad de CAR cuando no se había comunicado la experiencia (OR = 8.09) y cuando la edad del abuso fue antes de los 14 años (OR = 36.73). No haber revelado la experiencia incrementó siete veces la probabilidad de CAR, mientras que el haber sido víctima de abuso sexual antes de los 14 años aumentó esta probabilidad casi 36 veces. El IMC, que se incluyó en el modelo para controlar su efecto sobre la relación evaluada de características del abuso y las CAR, no fue un predictor, al igual que la relación

con el victimario y el número de veces que sucedió (Cuadro 3).

DISCUSIÓN

La prevalencia de ASI en mujeres encontrada en este estudio (7%) concuerda con la reportada en otras investigaciones nacionales en estudiantes de secundaria y/o preparatoria, que abarcan un rango de entre 4%⁹ y 7%.⁵¹ Sin embargo, otros estudios han encontrado prevalencias más elevadas en esta población (15%⁵² y hasta 30%⁵³). Asimismo, el patrón de victimización encontrado es característico de ASI padecido por mujeres: es cometido mayoritariamente por hombres, principalmente familiares cercanos, configurándose como un abuso sexual incestuoso que inicia antes de la adolescencia o en los primeros años de la misma (entre los cinco y 13 años).^{9,52,54}

Un poco más de la cuarta parte de las víctimas de ASI reportaron CAR, porcentaje mayor que el referido por quienes no habían sido víctimas de ASI (15%). En particular, los atracones con falta de control, la preocupación por engordar y las conductas restrictivas se asociaron claramente con ASI, lo que no ocurrió con las conductas purgativas. Estos tres indicadores hacen referencia a aspectos particulares que son importantes de considerar para su profundización a futuro, a saber:

- Comportamientos más de corte compulsivo.
- Dimensión cognitiva que puede estar relacionada con una distorsión del cuerpo real.
- Comportamientos relacionados con la necesidad de autocontrol.

Para Motz,⁵⁴ el cuerpo es para las mujeres el medio más poderoso de comunicación y puede también

Cuadro 2. Conductas alimentarias de riesgo por características del abuso sexual.

Características del abuso	CAR n (%)
• Lo ha comunicado*	
Sí	16 (20.1)
No	28 (36.7)
• Número de veces en que sufrió de abuso**	
Una vez	18 (27.7)
Dos o más veces	9 (23.9)
• Relación con el abusador**	
Otro	13 (21.7)
Familiar	31 (31.8)
• Edad de la primera vez que sufrió abuso***	
14 años o más	3 (9.9)
Antes de los 14 años	39 (32.9)

Prueba de χ^2 * $p \leq 0.05$, ** $p > 0.05$. ***Prueba exacta de Fisher $p \leq 0.05$.

Cuadro 3. Características del abuso sexual predictoras de conductas alimentarias de riesgo.

CAR	Odds ratio	IC 95%
Lo ha comunicado	-	-
No lo ha comunicado	8.086*	2.460-26.581
Le pasó una vez	-	-
Le pasó más de una vez	1.429	0.418-4.889
Victimario que no era un familiar	-	-
El victimario era un familiar	0.963	0.304-3.056
Le ocurrió después de los 13 años	-	-
Le ocurrió a los 13 años o edad menor	36.734*	1.634-825.861
Índice de masa corporal	0.997	0.863-1.151

* $p \leq 0.05$. % predicción: sin CAR = 79.6%, riesgo de CAR = 75.5, total = 78.5%. Ajuste del modelo: χ^2 (8) = 9.76, $p > 0.05$.

ser el vehículo de su propia violencia. Los ataques de las mujeres hacia sus propios cuerpos incluyen anorexia, bulimia y automutilación;⁵⁵ de ahí la relevancia de incluir la dimensión de la corporeidad en el estudio, tanto de ASI como de CAR y TCA.

Los hallazgos del presente estudio concuerdan con lo encontrado por Sanci, *et al.*,¹³ quienes en un estudio longitudinal de cohortes realizado en población general de adolescentes, encontraron que el ASI era un factor de riesgo para desarrollar CAR, en particular síndromes de tipo bulímico considerando la morbilidad psiquiátrica y prácticas de restricción alimentaria. Algunos autores explican que la asociación entre ASI y la preocupación por engordar, podría responder a que las mujeres que han padecido esta experiencia reportan mayor insatisfacción con su cuerpo y están más pendientes de éste.⁵⁶ De hecho, otra línea de investigación importante en torno al ASI y los problemas alimentarios puede dirigirse también al otro extremo: la obesidad. Un estudio realizado en 4,391 mujeres de 18 a 89 años en Kentucky reveló que el ASI estaba asociado con 38% de incremento en la prevalencia de obesidad actual; lo que no ocurrió con el maltrato físico infantil.⁵⁷

En relación con la edad del ASI, destaca que una tercera parte de las adolescentes abusadas sexualmente antes de los 14 años presentó CAR, además de ser el principal predictor de CAR en el modelo logístico, en comparación con el bajo porcentaje reportado por las que fueron agredidas a partir de los 14 años.

Los resultados no mostraron asociación significativa de las CAR con el número de veces que se ha sufrido ASI, ni con la relación con el victimario; pero sí entre la revelación de la experiencia y CAR, como ha sido reportado en otros estudios.^{29,33} Al parecer, la posibilidad de hablar de la experiencia, ayuda a disminuir el estrés relacionado con el abuso y, por lo tanto, la probabilidad de involucrarse en conductas de tipo compulsivo/purgativo.

Estos hallazgos abren interrogantes que requieren la realización de investigaciones más específicas; sin embargo, es importante destacar que según la evidencia, el ASI efectivamente tiene un impacto emocional que puede afectar la autopercepción del propio cuerpo y llevar a comportamientos de riesgo en cuanto a la alimentación. Desde la perspectiva de Motz⁵⁴ y Welldon,⁵⁵ los cuerpos de las mujeres son poderosos comunicadores de lo que no pueden expresar verbalmente; de esta forma: “las experiencias dolorosas están literalmente inscritas en sus cuerpos. Sus historias de abuso, negligencia y trauma pueden estar escritas en sus cuerpos: estas narrativas deben ser decodificadas y comprendidas.”⁵⁵ Ése es el reto.

CONCLUSIONES

Algunas limitaciones de la investigación deben ser consideradas. El diseño de estudio de tipo transversal no permitió la elaboración de inferencias con respecto a la causalidad de las variables estudiadas. Los datos sólo pueden ser generalizados a mujeres estudiantes de escuelas públicas de nivel medio superior del Estado de México. El uso de cuestionarios de autorreporte influye en la veracidad de la información recopilada.

El instrumento utilizado para CAR en el presente estudio ha demostrado ser una herramienta de tamizaje útil para identificar estas conductas en mujeres adolescentes, los síntomas considerados –preocupación por engordar, práctica de atracones con sensación de falta de control al comer; conductas de tipo restrictivo y conductas de tipo purgativo– son los principales comportamientos que tienen que incluirse para identificar dichos riesgos y se ha probado su utilidad para identificar grupos en riesgo, además de que han permitido evaluar su relación con otros factores,⁵⁸ como en este caso con ASI.

Debido a que los resultados presentados en el presente trabajo forman parte de un proyecto más amplio sobre factores de riesgo asociados con el desarrollo de conductas alimentarias de riesgo en mujeres, no se pudo aportar información sobre esta problemática en los varones que permitiera hacer un análisis relacionado con el género, lo cual es una limitación del presente trabajo y queda como una línea de investigación para ser estudiada en el futuro.

Asimismo, es importante considerar el hecho que se hayan evaluado CAR vs. TCA, dado que la asociación entre ambas condiciones puede variar en su asociación con el ASI. Por último, es importante señalar que la definición operacional de ASI (en la que se considera que la edad del victimario sea cinco años mayor) puede haber eliminado a algunas de las adolescentes que han sido víctimas, pero que no cubren este criterio; mientras que otras definiciones en las que ya no se toma en cuenta la edad, pueden ser un mejor detector de ASI.^{59*}

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo fue presentado en el VII Congreso Mexicano de Psicología. Acapulco, Guerrero 2009.

* “Inclusión de niños dependientes e inmaduros en cuanto al desarrollo en actividades sexuales que no comprenden del todo y sobre las cuales no pueden dar su consentimiento; o bien, en actividades que violan las leyes y vetos de la sociedad”. (Sirotnak, Krugman, Chiesa. 2009, p. 211).

REFERENCIAS

1. Kearney-Cooke A, Striegel-Moore R. Treatment of childhood sexual abuse in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A feminist psychodynamic approach. *Int J Eat Disord* 1994; 15: 305-19.
2. Spataro J, Mullen PE, Burgess PM, Wells DL, Moss SA. Impact of child sexual abuse on mental health. *Br J Psychiatry* 2004; 184: 416-21.
3. Ellsberg M, Heise L. Researching violence against women: A practical guide for researchers and activists. Washington, D.C.: PATH, WHO; 2005.
4. Mullen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry* 1993; 163: 721-32.
5. Romans S, Belaise C, Martin J, Morris E, Raffi A. Childhood abuse and later medical disorders in women. An epidemiological study. *Psychother Psychosom* 2002; 71: 141-50.
6. Danielson CK, Holmes MM. Adolescent sexual assault: an update of the literature. *Curr Opin Obstet Gynecol* 2004; 16: 383-8.
7. Medina-Mora ME, Borges-Guimaraes G, Lara C, Ramos-Lira L, Zambrano J, Fleiz-Bautista C. Prevalencia de sucesos violentos y de trastorno por estrés postraumático en la población mexicana. *Sal Púb Méx* 2005; 47(1): 8-22.
8. Orozco R, Borges G, Benjet C, Medina-Mora ME, López-Carrillo L. Traumatic life events and posttraumatic stress disorder among Mexican adolescents: results from a survey. *Sal Púb Méx* 2008; 50(1): 29-37.
9. Ramos L, Saldívar G, Medina-Mora ME, Rojas E, Villatoro JA. Prevalencia de abuso sexual en estudiantes y su relación con el consumo de drogas. *Sal Púb Méx* 1998; 40: 221-33.
10. Ackard DM, Neumark-Sztainer D, Hannan PJ, French S, Story M. Binge and purge behavior among adolescents: Associations with sexual abuse in a nationally representative sample: The Commonwealth Fund Survey. *Child Abuse Negl* 2001; 6: 771-85.
11. Calam R, Slade P. Sexual experiences and eating problems in female undergraduates. *Int J Eat Disord* 1989; 13: 1-11.
12. Kenardy J, Ball K. Disordered eating, weight dissatisfaction and dieting in relation to unwanted childhood sexual experiences in a community sample. *J Psychosom* 1998; 44: 327-37.
13. Sanci L, Coffey C, Olsson C, Reid S, Carlin JB, Patton G. Childhood sexual abuse and eating disorders in females. *Arch Pediatr Med* 2008; 162: 261-7.
14. Unikel C, Bojorquez I, Villatoro J, Fleiz C, Medina-Mora M. Conductas alimentarias de riesgo en población estudiantil del Distrito Federal: tendencias 1997-2003. *Rev Invest Clín* 2006; 58(1): 15-27.
15. Nylander J. The feeling of being fat and dieting in a school population: Epidemiologic interview investigation. *Act Socio-med Scand* 1971; 3: 17-26.
16. Russell JAO. Psychological aspects of weight loss and amenorrhea in adolescent girls. Proceedings from III International Congress of Psychosomatic Medicine in Obstetric and Gynecology. Basel: Karger; 1972, p. 593-5.
17. Fries H. Studies on secondary amenorrhea, anorectic behavior and body image perception: importance for the early recognition of anorexia nervosa. In: Vigersky R (ed.). *Anorexia nervosa*. New York: Raven Press; 1977, p. 163-76.
18. Lowenkopf EL. Anorexia nervosa: some nosological considerations. *Compr Psychiatry* 1982; 23: 233-40.
19. Striegel-Moore RH. Prevention of bulimia nervosa: Questions and challenges. In: Crowther H, Tennebaum DL, Hobfell SE, Stephens MA (eds.). *The etiology of bulimia nervosa: the individual and familial context*. Washington, D.C.: Hemisphere; 1992, p.203-23.
20. Connors ME, Morse W. Sexual abuse and eating disorders: A review. *Int J Eat Disord* 1993; 13: 1-11.
21. Murray C, Waller G. Reported sexual abuse and bulimic psychopathology among non clinical women: the mediating role of shame. *Int J Eat Disord* 2002; 32: 186-91.
22. Thompson KM, Wonderlich SA. Child sexual abuse and eating disorders In: Thompson JK (ed.). *Handbook of Eating Disorders and Obesity*. Nueva Jersey: John Wiley & Sons, Inc.; 2001: 679-95.
23. Batres G. Del ultraje a la esperanza. Tratamiento de las secuelas del incesto 2. San José, Costa Rica: ILANUD, Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica; 1997.
24. Batres G. Tratamiento grupal: Adultas y adolescentes sobrevivientes de incesto y abuso sexual. Manual para terapeutas. San José, Costa Rica: ILANUD, Programa Regional de Capacitación contra la Violencia Doméstica; 1998.
25. González-Serratos R. Revisión teórica y aportaciones de investigaciones del fenómeno de violación en adultos, abuso sexual a menores y sobrevivientes al abuso sexual en la infancia [Antología de la Sexualidad]. México: UNAM, PUEG; 1997, p. 1-16.
26. Villatoro JA, Quiroz del Valle N, Gutiérrez-López ML, Díaz-Santos M, Amador-Buenabad NG. ¿Cómo educamos a nuestros/as hijos/as?: Encuesta de Maltrato Infantil y Factores Asociados. México: Instituto Nacional de las Mujeres-Instituto Nacional de Psiquiatría; 2006.
27. Kia-Keating M, Grossman FK, Sorsoli L, Epstein M. Containing and Resisting Masculinity: Narratives of Renegotiation. *Psychol Men Masculinity* 2005; 6(3): 169-85.
28. Everill J, Waller G. Reported sexual abuse and eating psychopathology: A review of the evidence for a causal link. *Int J Eat Disord* 1995; 18: 1-11.
29. Pope HG, Hudson JI. Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *Am J Psychiatry* 1992; 149: 455-63.
30. Rorty M, Yager J. Histories of childhood trauma and complex posttraumatic sequelae in women with Eating Disorders. *Psychiatr Clin North Am* 1996; 19: 773-91.
31. Wonderlich SA, Brewerton TD, Jocic Z, Dansky B, Abbott DW. Relationship of childhood sexual abuse and Eating Disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997; 36: 1107-15.
32. Smolak L, Murnen SK. A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and Eating Disorders. *Int J Eat Disord* 2002; 31: 136-50.
33. Pike KM, Hilbert A, Wilfley DE, Fairburn CG, Dohm FA, Walsh BT, Striegel-Moore R. Toward an understanding of risk factors for anorexia nervosa: a case-control study. *Psychol Med* 2008; 38: 1443-53.
34. Vaz-Leal FJ, Guisado-Macías JA, García-Herraiz MA, López-Vinuesa B, Monge-Bautista M, Bolívar-Perálvarez M. Antecedentes de abusos sexuales en pacientes con bulimia nervosa: su influencia en el estado clínico. *Act Esp Psiquiatr* 2005; 33: 135-40.
35. Spinhoven P, Slee N, Garnefski N, Arensman E. Childhood sexual abuse differentially predicts outcome of cognitive-behavioral therapy for deliberate self-harm. *J Nerv Men Dis* 2009; 197(6): 455-7.
36. Wegman HL, Stetler C. A meta-analytic review of the effects of childhood abuse on medical outcomes in adulthood. *Psychosom Med* 2009; 71(8): 805-12.
37. Lev-Wiesel R. Child sexual abuse: A critical review of intervention and treatment modalities. *Children Youth Serv Rev* 2008; 30: 665-73.

38. Fallon P, Wonderlich SA. Sexual abuse and other forms of trauma In: Garner DM, Garfinkel PE (eds.). *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press; 1998, p. 394-414.
39. Echeberrúa E, De Corral P. Secuelas emocionales en víctimas de abuso sexual en la infancia. *Cuad Med Forense* 2006; 12(43-44): 75-82.
40. Zanoletti G, Ticas JAR, Mendoza MV, Aguilera R. Prevalencia de trastornos mentales en estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y su relación con antecedentes de violencia en la infancia. *Rev Fac Cienc Méd* 2008; 52: 22-9.
41. Rodríguez GM, Guerrero S. Frecuencia y fenomenología de lesiones autoinfligidas en mujeres colombianas con trastornos del comportamiento alimentario. *Rev Colomb Psiquiatr* 2005; 34(3): 343-54.
42. Contreras A. Relación del antecedente de abuso sexual y la sintomatología en pacientes con trastorno de la conducta alimentaria. [Tesis]. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2003.
43. Unikel C. Factores de riesgo en los trastornos de la conducta alimentaria. [Tesis]. México, D.F.: Universidad Nacional Autónoma de México; 2003.
44. Instituto Nacional para el Federalismo y el Desarrollo Municipal. Sistema Nacional de Información Municipal. 2006. Available from: www.e-local.gob.mx/wb2/INAFED2006/INAF_Snim [Retrieved January, 2007].
45. Tuirán R, Fuentes C, Ávila JL. Índices de intensidad migratoria: México-Estados Unidos. Mexico, D.F.: Consejo Nacional de Población; 2000.
46. Ramos-Lira L, González-Forteza C, Wagner F. Violent victimization and drug involvement among Mexican middle-school students. *Addiction* 2006; 101: 850-6.
47. Senn TE, Carey MP, Venable PA. Childhood and adolescent sexual abuse and subsequent sexual risk behavior: evidence from controlled studies, methodological critique, and suggestions for research. *Clin Psychol Rev* 2008; 28(5): 711-35.
48. Unikel C, Bojorquez I, Carreño S. Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Sal Páb Méx* 2004; 46: 509-15.
49. Altamirano MB, Vizmanos B, Unikel C. Continuo de conductas alimentarias de riesgo en adolescentes de México. *Rev Panam Salud Pública* [En prensa].
50. Paquete estadístico para las ciencias sociales (SPSS) para Windows versión 16 en español. [Software de computadora]. Chicago, IL: SPSS, Inc.; 2008.
51. Caballero-Peña I. Abuso sexual infantil y su relación con el uso de sustancias en la adolescencia. [Tesis]. México, D.F.: Facultad de Estudios Superiores Zaragoza; 2009.
52. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet* 2009; 373: 68-80.
53. Ramos-Lira L, Saltijeral-Méndez MT, Romero-Mendoza M, Caballero-Gutiérrez MA, Martínez Vélez NA. Violencia sexual y problemas asociados en una muestra de usuarias de un centro de salud. *Sal Páb Méx* 2001; 43: 182-91.
54. Motz A. The psychology of female violence. Crimes against the body. Hove, East Sussex: Bruner-Routledge; 2001.
55. Welldon EW. Madre, virgen, puta. Idealización y denigración de la maternidad. Madrid: Siglo XXI; 1993.
56. Kearney-Cooke A, Ackard DM. The effects of sexual abuse on body image, self-image, and sexual activity of women. *J Gend Specif Med* 2000; 3: 54-60.
57. Coker AL, Williams C, Ferguson JE, Bush HM, Parrish Y, Crofford L. (s/f) Intimate or childhood sexual abuse and obesity in Kentucky. *Fam Violence Prev & Health Pract*. Available from: http://endabuse.org/health/ejournal/archive/1-7/abuse_and_obesity.php [Access January 27, 2011].
58. Unikel C, Gómez-Peresmitré G, González-Forteza C. Suicidal behavior, risky eating behaviors and psychosocial correlates in Mexican female students. *Eur Eat Disord Rev* 2006; 14: 414-21.
59. Sirotnak AB, Krugman R, Chiesa A. Abuso y negligencia. En: Hay W Jr, Levin MJ, Sondheim J, Deterding R. Diagnóstico y tratamiento pediátricos. México: Mc Graw Hill; 2009.

Reimpresos:

Dra. Claudia Unikel-Santoncini

Coordinación de Investigación en Salud,
Unidad de Investigación Epidemiológica y en
Servicios de Salud.
Dirección de Investigaciones Epidemiológicas
y Psicosociales
Instituto Nacional de Psiquiatría
Ramón de la Fuente Muñiz
Calz. México-Xochimilco 101
Col. San Lorenzo Huipulco
14370, México, D.F.
Tel.: 4160-5160
Correo electrónico: unikels@imp.edu.mx

*Recibido el 16 de agosto 2010.
Aceptado el 29 de abril 2011.*